



SAV -POTILAAN PSYYKKISEN TUEN TARVE

Mia Sahlman

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MIA SAHLMAN:
SAV -potilaan psyykkisen tuen tarve

Opinnäytetyö 46 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Lokakuu 2013

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia SAV -potilaiden psyykkisen tuen tarpeesta akuuttihoitovaiheessa. Työelämäyhteytenä toimi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää miten äkillinen sairastuminen ja sen aiheuttama kriisi vaikuttavat potilaaseen, minkälaisia psyykkisiä ongelmia SAV -potilailla esiintyy akuuttivaiheen hoidossa ja minkälaisia keinoja hoitajilla on SAV -potilaiden psyykkiseen tukemiseen akuuttivaiheen hoidon aikana. Työn teoreettinen viitekehys koostui opinnäytetyön keskeisimmistä käsitteistä, joita olivat subaraknoidaalivuoto, kriisi, psyykkiset oireet, SAV -potilaan tuen tarve sekä hoidon jatkuvuus. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin haastattelemalla teemahaastattelulla neljää asiantuntevaa sairaanhoitajaa. Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten perusteella äkillinen sairastuminen aiheuttaa suuren tiedollisen tuen tarpeen. Hoitajien mukaan potilaat tarvitsivat myös paljon emotionaalista tukea. Potilaat tarvitsivat paljon aikaa ja asioita oli käytävä useaan otteeseen läpi. Tuloksissa nousi vahvasti esille läheisten tuen tarve erityisesti silloin, kun potilas oli itse huonossa kunnossa. Hoitajat kuvasivat potilaan äkillisen sairastumisen olevan kriisi koko perheelle. Kriisi ilmenei järkytyksenä tilanteesta ja monet potilaista yrittivät kieltää sairastumisen. Hoitajien mukaan äkillinen sairastuminen oli potilaille pysäyttävä kokemus, joka laittoi potilaat miettimään omaa elämäntapaansa ja elämäntilannettaan. Potilaat pohtivat, miten he olivat hoitaneet terveyttään, kuten olivatko he hoitaneet perussairauksiaan, oliko heillä joitakin riskitekijöitä sairastumiselle ja olisivatko he voineet ennaltaehkäistä sairastumisen jotenkin.

Tulosten mukaan monilla SAV -potilailla esiintyi eritasoisia psyykkisiä ongelmia, mutta vakavammat psyykkiset sairaudet tulivat esiin vasta hoidon myöhemmässä vaiheessa. Hoitajat nostivat esille tiedon antamisen, keskustelemisen potilaan kanssa sekä SAV -kansion keräämisen tärkeimpinä tuen antamisen muotoina. Osa hoitajista piti myös kuuntelemista ja läsnäoloa tärkeinä psyykkisen tukemisen muotoina. Tuloksissa potilaan tuen saamista rajoittaviksi tekijöiksi hoitajat nostivat erityisesti ajan puutteen ja lyhyet hoitoajat. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitohenkilökunnalle SAV -potilaiden psyykkisen tuen tarpeesta ja tätä kautta luoda osastolle mahdollisuus kehittää SAV -potilaiden psyykkisen tuen saamista. Kehittämisideana olisi, että osastolle voitaisiin kehittää keinoja, joilla kriisiä voitaisiin käsitellä lyhyen hoitoajan puitteissa ja aikaa saataisiin suunnattua enemmän potilaan psyykkiseen tukemiseen.

Asiasanat: subaraknoidaalivuoto, kriisi, psyykkiset oireet, tuki

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

MIA SAHLMAN:

The Need for Mental Support for Patients Suffering from Subarachnoid Hemorrhage

Bachelor's thesis 46 pages, appendices 10 pages
October 2013

The purpose of this thesis was to find out whether there is a need for mental support for patients suffering from subarachnoid hemorrhage. The theoretical framework of the thesis was comprised of key concepts. The key concepts were subarachnoid hemorrhage, crisis, psychiatric symptoms, a need for support with patients who suffer from subarachnoid hemorrhage and continuity of care. This thesis was produced by using a qualitative research approach. The study material was collected by interviewing four nurses. The data were analyzed using qualitative content analysis.

According to the results an acute disease causes a large informational need to a patient. The nurses thought also that patients need a lot of emotional support. From the nurses experiences came strongly up that closest relative need much support especially when the patient was in bad condition. Nurses described that an acute disease is a crisis for the whole family. The crisis manifested itself as shock from the situation and many of the patients tried to deny the disease. According to the nurses an acute disease was a stopping experience which got the patients to think about their lifestyle and life situation.

According to the results many of the patients that suffered from subarachnoid hemorrhage also suffered from varied psychiatric problems. The more serious psychiatric diseases came up in a later state of the treatment. All the nurses considered giving information, talking with the patient and collecting a file about subarachnoid hemorrhage as the most important ways of supporting the patient. The things that restricted patients of getting support were lack of time and short treatment periods. The objective of this thesis was to increase the knowledge of patients suffering from subarachnoid hemorrhage and their need for mental support. Besides, the goal was to develop the mental support these patients receive.

Key words: subarachnoid hemorrhage, crisis, psychiatric symptoms, support

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	7
3	TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	8
3.1	Subaranoidaalivuodon oireet ja riskitekijät	8
3.2	Subaraknoidaalivuoto.....	9
3.3	Neurologiset puutosoireet vuodon jälkeen	10
3.4	Äkillisen sairastumisen aiheuttama kriisi.....	12
3.5	Psyykkiset oireet SAV -potilailla.....	14
3.6	SAV -potilaan tuen tarve ja hoitotyön auttamismenetelmät.....	16
3.6.1	Hoidon jatkuvuus.....	18
4	MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA	20
4.1	Laadullinen tutkimus.....	20
4.2	Aineiston keruu.....	21
4.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	22
5	TULOKSET	24
5.1	Äkillisen sairastumisen ja sen aiheuttaman kriisin vaikutukset potilaaseen	24
5.1.1	Potilaan tuen tarve	24
5.1.2	Psyykkiset reaktiot.....	25
5.2	SAV -potilaiden psyykkiset oireet akuuttivaiheen hoidossa	26
5.3	SAV -potilaiden psyykkinen tukeminen akuuttivaiheen hoidon aikana	27
5.3.1	Tuen antamisen muodot	27
5.3.2	Tuen saamista rajoittavat tekijät	28
6	POHDINTA	29
6.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu.....	29
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	30
6.3	Opinnäytetyön eettisyys	32
6.4	Kehittämisen- ja jatkotutkimusideat	33
6.5	Opinnäytetyöprosessi	33
	LÄHTEET	35
	LIITTEET.....	37
	Liite 1. Teemahaastattelun runko	37
	Liite 2. Saatekirje	38
	Liite 3. Suostumuslomake	40
	Liite 4. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset.....	41
	Liite 5. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	43

1 JOHDANTO

Suomessa on subaraknoidaalivuoto eli SAV -potilaita enemmän kuin missään muualla maailmassa (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 263). Vuosittain aivovaltimoaneurysmien puhkeaminen aiheuttaa enemmän kuolemia kuin liikenneonnettomuudet (Frösen ym. 2011). Tapauksia on vuosittain noin 1000 ja puolessa tapauksista potilas kuolee ennen hoitoon pääsyä. Keski-ikä potilailla on 51 -vuotta eli SAV kohdistuu työikäiseen väestöön. (Jääskeläinen 2007.) Vain noin 20 prosenttia SAV -potilaista pystyy palaamaan takaisin työelämään. Kaikista subaraknoidaalivuoto -potilaista noin 30 prosentille jää vaikea neurologinen puutosoire. (Salmenperä ym. 2002, 263.)

Sairastuminen voi olla ihmiselle traumaattinen tapahtuma ja aiheuttaa pysyvän elämänmuutoksen. Elämänmuutos ja siitä selviytyminen voi olla haastavaa ja vaatia kaikki käytössä olevat voimavarat. Joskus voimavarat eivät kuitenkaan riitä ja ihminen voi kokea, ettei selviä yksin kaikesta. Tällöin tarvitaan ulkopuolista tukea ja apua. (Saari 2000, 27.) Aivoverenkiertohäiriöitä sairastavilla potilailla esiintyy lukuisia erilaisia tunne-elämän häiriöitä. Masennusta on todettu esiintyvän noin 20 prosentilla, ahdistuneisuushäiriötä 27 prosentilla ja apatiaa masennuksen yhteydessä 11 prosentilla sekä ilman masennusta 22 prosentilla. (Hales & Yudofsky 2002, 728–729.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen hoidon painopiste on ollut potilaan fyysisissä tarpeissa ja toimintakyvyssä, jolloin tukeminen ja ohjaus ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Tutkimusten mukaan tuella ja ohjauksella on kuitenkin merkitystä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisessa. (Kaila 2009, 9.)

Opinnäytetyön työelämäyhteytenä toimii Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia SAV -potilaiden psyykkisen tuen tarpeesta akuuttihoitovaiheessa. Aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä osastolla on huomattu kyseisen potilasryhmän psyykkisen puolen hoidossa puutteita. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoitohenkilökunnalle SAV -potilaiden psyykkisen tuen tarpeesta ja tätä kautta luoda osastolle mahdollisuus kehittää SAV -potilaiden psyykkisen tuen saamista.

Opinnäytetyön aihe muodostui Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tarpeesta. Oma mielenkiintoni aihetta kohtaan syntyi siitä, että opinnoissa keskitytään hyvin paljon somaatti-

sen puolen hoitoon ja psyykkisen puolen huomiointi jää vähemmälle. Koen opinnäyte-työn lisäävän tietouttani SAV -potilaista ja kehittävän ammatillisia valmiuksiani psyyk-kisen puolen huomioimisessa sekä tukemisessa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia SAV -potilaiden psyykkisen tuen tarpeesta akuuttihoitovaiheessa.

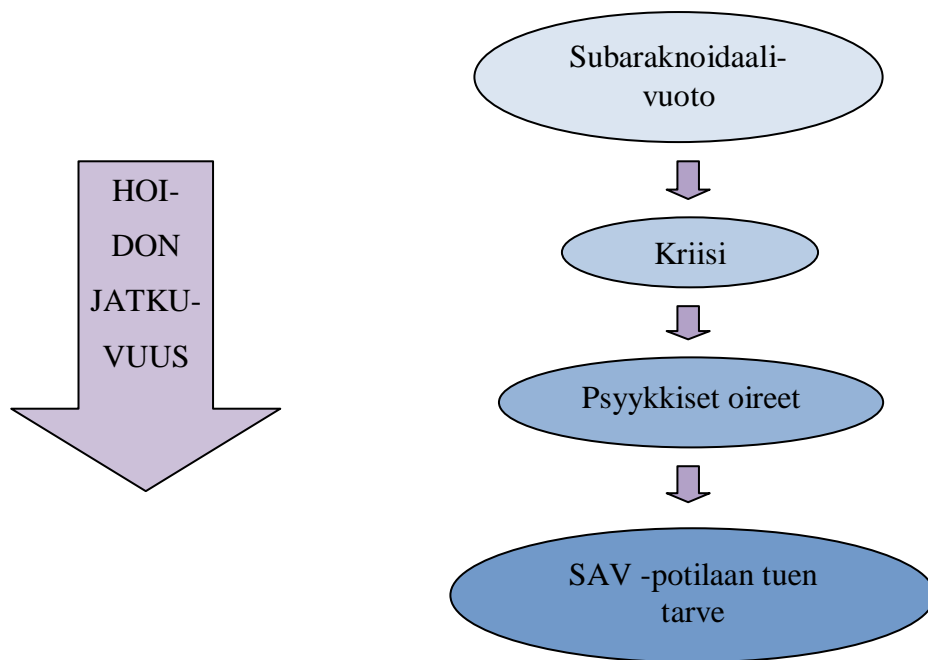
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten äkillinen sairastuminen ja sen aiheuttama kriisi vaikuttavat potilaaseen?
2. Minkälaisia psyykkisiä ongelmia SAV -potilailla esiintyy akuuttivaiheen hoidossa?
3. Minkälaisia keinoja hoitajilla on SAV -potilaiden psyykkiseen tukemiseen akuuttivaiheen hoidon aikana?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoitohenkilökunnalle SAV -potilaiden psyykkisen tuen tarpeesta ja tätä kautta luoda osastolle mahdollisuus kehittää SAV -potilaiden psyykkisen tuen saamista.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Opinnäytetyö käsittelee SAV -potilaan psyykkisen tuen tarvetta. Teoreettinen viitekehys (kuvio 1.) koostuu viidestä käsitteestä, joita ovat subaraknoidaalivuoto, kriisi, psyykkiset oireet, SAV -potilaan tuen tarve ja hoidon jatkuvuus hoitotyön näkökulmana.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

3.1 Subaranoidaalivuodon oireet ja riskitekijät

Subaraknoidaalivuodon oireet alkavat usein äkillisesti. Yleisiä oireita ovat räjähtävä päänsärky, pahoinvointi, oksentaminen sekä silmien valonarkuus. Myös toispuoleiset halvausoireet ovat mahdollisia, yleensä ylä- ja alaraaja ovat samankaltaisesti halvaantuneina. Eriasteisia tajunnan tason häiriöitä voi esiintyä lievistä sekavuudesta jopa syvään koomaan. Tyypillinen oire on erityisesti alkuvaiheen tajuttomuuskohtaus, johon voi liittyä kouristelua. Ensimmäisen vuorokauden kuluessa kehittyy niskajäykkyys. Harvemmin esiintyviä oireita ovat dysfasia eli vaikeudet puheen tuottamisessa tai ymmär-

tämisessä sekä pupilliero, jolloin pupillit reagoivat erikokoisina valolle. Potilaan katse kohdistuu vauriokohdan suuntaan. Myös hengityksen kiihtyminen ja EKG -muutokset ovat mahdollisia. (Mäkijärvi ym. 2011, 390; Salmenperä ym. 2002, 262.)

Synnynnäisiä riskitekijöitä subaraknoidaalivuodolle ovat aneurysmasuku sekä polykystinen munuaistauti. Hankittuja riskitekijöitä SAV:lle ovat ikä, tupakointi, runsas alkoholiinkäyttö sekä verenpainetauti. (Jääskeläinen 2007.) Tärkein riskitekijä aneurysmaattiselle SAV:lle on tupakointi, joka aiheuttaa lähes puolet vuototapauksista (Mäkijärvi ym. 2011, 393). Näin ollen tupakasta vieroittaminen sekä korkean verenpaineen hoitaminen ovat ennaltaehkäisyn kannalta ensisijaisen tärkeitä (Frösen ym. 2011).

3.2 Subaraknoidaalivuoto

Aivoverenkiertohäiriöt ovat Suomessa suurimpia terveydenhuoltoa kuormittavia tekijöitä. Aivoverenkiertohäiriöistä kymmenen prosenttia on subaraknoidaalivuotoja. (Sivenius 2009.) Väestöstä 23 prosenttia saa elinaikansa aivoaltimoaneurysman. Noin 100 000 suomalaisella on vuotamaton aneurysma, joista suurin osa ei koskaan aiheuta oireita. Suomessa aneurysmaattista subaraknoidaalivuotoa esiintyy enemmän kuin muualla maailmassa. (Frösen ym. 2011; Jääskeläinen 2007.) Syytä sille, miksi aneurysmaattista subaraknoidaalivuotoa esiintyy Suomessa niin paljon, ei tiedetä, mutta perimällä epäillään olevan yhteys vuodon syntymiseen (Frösen ym. 2011). Vuosittain vuotoja tapahtuu lähes 1000, joista puolessa tapauksista potilas menehtyy. Toisin kuin aivoinfarktissa ja aivoverenvuodossa SAV:n kohderyhmänä on työikäinen väestö. Keski-ikä vuotopotilailla on 51 vuotta. (Jääskeläinen 2007.)

Subaraknoidaalivuoto eli SAV tarkoittaa lukinkalvonalaista verenvuotoa. Se aiheutuu aivoaltimon repeämisestä, jonka seurauksena veri vuotaa aivokalvojen lukinkalvonalaiseen tilaan. Tämän taustalla on aivoaltimon seinämän osittain synnynnäinen ja osittain hankittu rakenneheikkous. Rakenneheikkous sijaitsee usein aivoaltimoiden haarautumiskohdassa, johon syntyy hiljalleen pullistuma eli sukkulaarinen aneurysma. Vuoto voi alkaa joko ponnistuksessa tai levossa, minkä takia ruumiillisten ponnistusten välttäminen ei ole aiheellista. (Mustajoki 2011; Salmenperä ym. 2002, 262.) Potilas on usein täysin tietämätön sairaudestaan, sillä vuotamaton aivoaltimoaneurysma ei yleensä

sä aiheuta oireita. Aneurysma voi löytyä sattumalöydöksenä pään kuvantamistutkimuksen yhteydessä tai ensimmäistä aneurysmavuotoa hoidettaessa. (Frösen ym. 2011.)

Lukinkalvon alaisessa verenvuodossa valtimon seinämään syntyneeseen aneurysmaan puhkeaa reikä, josta valtimoveri pääsee hetkellisesti vuotamaan ympäristöönsä. Vuotoa seuraa verisuonispasmi eli verisuonen supistustila, jolloin kallonsisäinen paine kohoaa ja vuotokohta sulkeutuu. (Salmenperä ym. 2002, 262.) Aneurysman puhkeamismekanismeja ei kuitenkaan täysin tunneta, mutta aneurysman seinämässä tiedetään olevan krooninen tulehdusreaktio, joka on yhteydessä seinämän rappeutumiseen ja vuotoalttiuteen (Frösen ym. 2011).

SAV -potilaista noin joka kolmannella on useampi kuin yksi aneurysma. Primaaria subaraknoidaalivuotoa hoidetaan neurokirurgisesti. 80 prosentissa tapauksista primaarin vuodon aiheuttaa spontaani vuoto aivovaltimon aneurysmasta. Noin 15 prosentissa tapauksista vuotokohtaa ei löydetä, jolloin vuodon aiheuttajaksi katsotaan hyvin pieni aivovaltimo. Viidessä prosentissa tapauksista aiheuttaja on verisuoniepämuodostuma eli arteriovenoosimalformaatio. Sekundaarisesti SAV:ksi kutsutaan trauman aiheuttamaa subaraknodaalitalan vuotoa. (Jääskeläinen 2007; Salmenperä ym. 2002, 262.) Primaarivuodosta hengissä selvinneellä henkilöllä on välittömästi vaara uuden vuodon saamiseen (Jääskeläinen 2007).

3.3 Neurologiset puutosoireet vuodon jälkeen

Kaikista SAV -potilaista pystyy vain noin 20 prosenttia palaamaan takaisin työelämään. Leikatuista SAV -potilaista vastaava prosenttiluku on noin 85. Vielä leikkauksenkin jälkeisinä kuukausina SAV -potilaista menehtyy noin viisi prosenttia. Kaikista subaraknoidaalivuoto -potilaista noin 30 prosentille jää vaikea neurologinen puutosoire ja leikatuista noin kymmenelle prosentille. (Salmenperä ym. 2002, 263.) Aivoverenkiertohäiriöt voivat aiheuttaa lukuisia neuropsykologisia puutosoireita (kuvio 2.), jotka voivat olla ohimeneviä tai pysyviä.

KUVIO 2. Neuropsykologiset puutosoireet

Aivoverenkiertohäiriöiden jälkeiset neuropsykologiset puutosoireet (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2010)

- Kielelliset häiriöt eli afasiat
- Tahdonalaisten liikkeiden häiriöt eli apraksiat
- Huomiotta jättämisen häiriö eli neglect
- Muistihäiriöt eli amnesiat
- Hahmottamiseen liittyvät häiriöt
- Oiretiedostuksen puutteellisuus eli anosognosia
- Yleisluonteiset häiriöt
- Mielialan muutokset
- Dysartria
- Nielemisvaikeus eli dysfagia

Aivoverenkiertohäiriöstä potilaalle voi aiheutua afasia, joka tarkoittaa vaikeuksia kielen käytössä. Afasia voi ilmetä monella eri tavalla; vaikeuksia voi esiintyä puhumisessa, puheen ymmärtämisessä, kirjoittamisessa ja lukemisessa, rahan käytössä, uudessa paikassa liikkumisessa tai omien asioiden hoitamisessa. Myös suru ja masennus ovat usein yhteydessä afasiaan. Apraksiaa sairastavalla on puolestaan vaikeuksia tehdä haluamiaan liikkeitä. Yleensä häiriö vaikuttaa molempiin käsiin. Neglectistä kärsivä potilas ei havainnoi toista puolta ollenkaan. Usein häiriö koskee vasenta puolta, jolloin potilas voi esimerkiksi pestä kasvonsa vain oikealta puolelta. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2010.)

Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat muistihäiriöt ovat usein lieviä, mutta nekin voivat vaikeuttaa toimimista. Hahmottamiseen liittyvät ongelmat voivat olla moninaisia, esimerkiksi aikaisemmin tuttujen kasvojen ja asioiden, etäisyyksien tai kellonaikojen tunnistaminen voi tuottaa vaikeuksia. Anosognosiassa potilas ei tunnista sairauden aiheuttamia oireita tai hän voi vähätellä niitä ja kuvitella pystyvänsä tekemään enemmän kuin mihin oikeasti kykenee. Yleisluonteisia häiriöitä ovat aloitekyvyttömyys, alentunut tarkkaavaisuus, heikentynyt toimintojen hallitseminen sekä hätäisyys. Sairastumisen jälkeen potilas voi olla jännittynyt, ahdistunut sekä itkuinen ja mielialat voivat vaihdella. Moni aivoverenkiertohäiriöön sairastunut myös masentuu, jolloin he tarvitsevat ul-

kopuolista apua. Dysartria johtuu usein halvauksesta ja aiheuttaa ongelmia kasvojen, suun, nielun ja kurkunpään toiminnassa. Dysfagiassa nieleminen on vaikeutunut, joten aspiroinnin riski on suuri. Nielemisvaikeutta tutkivat ja hoitavat puheterapeutit. (Aivo-
halvaus- ja dysfasialiitto 2010.)

3.4 Äkillisen sairastumisen aiheuttama kriisi

Katastrofit, suuronnettomuudet ja yhdyskuntaonnettomuudet on helppo tunnistaa traumaattisiksi tapahtumiksi. On kuitenkin muistettava, että myös arkielämässä on traumaattisia tapahtumia. Traumaattisen tapahtuman tunnusmerkkejä ovat, että tapahtumaa tai tilannetta ei voida ennustaa eikä siihen näin ollen voi psyykkisesti valmistautua, tapahtuma on kontrolloimaton ja siihen on mahdoton vaikuttaa itse ja tapahtumat koettelevat sekä muuttavat ihmisen elämänarvoja. Traumaattinen tapahtuma voi aiheuttaa ihmiselle suuren elämänmuutoksen ja selviytyminen siitä voi vaatia paljon. (Saari 2000, 22-25.) Äkillistä ja psyykkisesti traumatisoivaa tapahtumaa nimitetään arkikielessä traumaattiseksi kriisiksi. Tällä tarkoitetaan järkyttävän tapahtuman aikaan saamaa psyykkistä sopeutumisprosessia. (Suomen Punainen Risti 2010.)

Kriisillä tarkoitetaan tilannetta, jolloin ihmisen elämässä on tapahtunut suuri muutos, joka vaatii kaikki ihmisen voimavarat siitä selviytymiseen. Ihminen toimii tällaisissa tilanteissa voimavarojensa äärirajoilla. Tavallisesti ihmisen voimavarat riittävät ja tilanne tasapainottuu hiljalleen, mutta joskus ne eivät riitä ja ihmisen mielessä tapahtuu vahingollista kehitystä. Tällöin ihminen tarvitsee ulkopuolista tukea ja apua. Kriisin yhteydessä ihminen joutuu kohtaamaan psyykkisesti haastavan sopeutumistehtävän. Sopeutumista vaikeuttaa tapahtuman äkillisyys ja se ettei tapahtuneeseen pysty omalla toiminnalla ja päätöksenteolla vaikuttamaan. (Suomen Punainen Risti 2010; Saari 2000, 27.) Vakava ja äkillinen sairastuminen aiheuttaa perheessä aina kriisin (Saastamoinen 2006).

Kriisin käsittelyä voidaan kuvata neljän vaiheen avulla, joita ovat shokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe sekä uudelleen suuntautumisen vaihe. Shokkivaihe seuraa heti sairastumista ja voi kestää hetkestä muutamiin vuorokausiin. Tilanne voi tuntua epätodelliselta, sekavalta sekä mahdottomalta ymmärtää. Potilaan voi olla järkytyksen takia vaikea muistaa jälkikäteen hoitohenkilökunnan kertomia asioita. (Suomen Mielenterveys-

seura 2013; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013.) Shokkivaiheessa ihminen voi kieltää tapahtuneen, hän saattaa lamaantua täysin tai käyttäytyä mekaanisesti ja sulkea tunteet pois. Osa potilaista voi myös reagoida voimakkaalla kiihtymystilalla, kuten huutamalla tai itkemällä raivokkaasti. Reaktiot ovat yksilöllisiä ja voivat vaihdella tilasta toiseen. Shokkivaiheella on tärkeä psyykettä ja elämää suojaava merkitys ja se antaa ihmiselle aikaa kohdata tapahtunut. (Suomen Mielenterveysseura 2013.)

Shokkivaiheen jälkeen tulee reaktiovaihe, jossa alkaa sopeutuminen tilanteeseen. Potilaalle voi herätä monenlaisia kysymyksiä ja hän voi miettiä, miksi sairastuminen tapahtui juuri hänelle. Mielialan voimakkaat vaihtelut ovat tavallisia ja yleisiä tuntemuksia ovat ahdistuneisuus, masentuneisuus, ärtyneisyys sekä erilaiset pelot. Edelleen potilas voi kieltää asioita ja elätellä epätodellisia kuvitelmia sairaudesta. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013.) Reaktiovaiheessa ihmisellä voi esiintyä oudoksi ja hämmentäväksi koettuja tuntemuksia. Usein reaktiovaiheen tuntemuksista käytetään samantapaisia ilmauksia, kuten ”luulen tulevani hulluksi”, ”pää ei kestä”, ”selviänpö tästä ikinä?”, ”elämä tuntuu vuoristoradalta” sekä ”jatkuuko tämä tuska aina?”. Reaktiovaiheessa ihminen tasapainoilee tapahtuman käsittelyn aloittamisen sekä siltä suojautumisen välillä. Tässä vaiheessa ihminen tarvitsee kuuntelijaa sekä konkreettisia ohjeita ja tukea arjesta selviytymiseen. (Suomen Mielenterveysseura 2013.)

Käsittelyvaiheessa tilanne alkaa vakiintua ja potilas alkaa löytää voimavaroja tilanteeseen sopeutumiseen. Jotta käsittelyvaihe voi käynnistyä, on potilaan kohdattava sairaus ja sen asettamat rajoitukset mahdollisimman realistisesti. (Suomen Mielenterveysseura 2013; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013.) Käsittelyvaiheessa ihminen alkaa usein pohtia omaa identiteettiään, uskomuksiaan sekä vakaumuksiaan. Käsittelyvaiheeseen voi joillakin liittyä muisti- ja keskittymisvaikeuksia, ärtyneisyyttä sekä sosiaalisista suhteista vetäytymistä. (Suomen Mielenterveysseura 2013.)

Uudelleen suuntautumisen vaiheessa sairaus muuttuu hiljalleen osaksi elämää. Sairauden kanssa pystyy elämään, eikä se ei ole jatkuvasti mielessä ja rasita mielenterveyttä. Monet kriisin läpikäyneet kertovat löytäneensä itsestään sellaisia voimavaroja, joiden olemassaolosta eivät edes tiedäneet. Elämä voi kriisin jälkeen tuntua haavoittuvaisemmalta kuin ennen, mutta sitäkin merkityksellisemmältä. (Suomen Mielenterveysseura 2013.)

3.5 Psyykkiset oireet SAV -potilailla

Aivoverisuonisairauksia sairastavilla potilailla esiintyy lukuisia erilaisia tunne-elämän häiriöitä. Masennusta on todettu esiintyvän noin 20 prosentilla, ahdistuneisuushäiriötä 27 prosentilla ja apatiaa masennuksen yhteydessä 11 prosentilla sekä ilman masennusta 22 prosentilla. (Hales & Yudofsky 2002, 728–729.) Ihminen reagoi usein vakavaan tai henkeä uhkaavaan sairauteen emotionaalisella ahdistuksella. Ahdistuneisuuteen voi myös liittyä sopeutumisvaikeutta tilanteeseen. On havaittu, että sopeutumisvaikeutta esiintyy 12 prosentilla vakavasti sairastuneista. Masentuneisuutta on puolestaan todettu olevan jopa 30,4 prosentilla. On normaalia, että ihminen kokee sairauden puhjettua lievää ahdistusta, masentunutta mielialaa, eikä koe selviävänsä tilanteesta. Mutta jos oireet voimistuvat ja muuttuvat vakaviksi, voi olla kyse psyykkisestä sairaudesta. (O’Keefe & Ranjith 2007.) Hoitohenkilökunnan, potilaiden ja omaisten psyykkisiin sairauksiin liittyvät ennakkoluulot, oikean tiedon puute, psyykkisten oireiden kohtaamiseen liittyvä epävarmuus sekä leimautumisen pelko johtavat usein siihen, että psyykkiset oireet jäävät toteamatta ja hoitamatta (Lindstam & Ylinen 2012, 64).

Apatiaa esiintyy monien aivosairauksien yhteydessä. Apatia on häiriö, johon liittyy olennaisesti mielenkiinnon puute, aloitekyvyttömyys, motivaation puute sekä tunteiden latistuminen. Apaattinen potilas ei koe mielihyvän tai mielipahan tunteita eikä hän itse kärsi siitä. Kuitenkin apaattisen potilaan toimintakyky ja selviytyminen arjessa ovat selvästi heikentyneet, esimerkiksi työtehtävät, talouden hoitaminen ja jopa peseytyminen sekä syöminen jäävät hoitamatta. Apatia johtaa eristäytymiseen. Usein apaattisuus liittyy masennukseen, mutta se voi myös esiintyä yksinään. (Lindstam & Ylinen 2012, 65.)

Ahdistuneisuus esiintyy useimmiten yhdessä masennuksen kanssa, mutta välillä sitä ilmenee myös ilman masennusta. Ahdistuneelle henkilölle tyypillisiä piirteitä ovat jännittyneisyys, huolestuneisuus, pelokkuus sekä levottomuus. Ahdistuneisuudesta kärsivä nukkuu pinnallisesti, säikähtelee helposti sekä reagoi voimakkaasti. Ahdistuneisuuteen liittyy erilaisia somaattisia oireita, kuten sydämentykytystä, ilman loppumisen tunnetta, rintakehän tai kaulan puristusta, korvien soimista sekä hikoilua ja vapinaa. (Lindstam & Ylinen 2012, 65.)

Masennus ilmenee alakuloisuutena ja masentuneena mielialana, jotka voivat vaihdella voimakkuudeltaan ja kestoltaan. Masennus syntyy kun huolet, pelot ja mielialan lasku ovat luonteeltaan jatkuvia ja voimakkaita. Masentunut ihminen ei kykene nauttimaan ja iloitsemaan elämästä ja menettää mielenkiinnon asioihin, joista on ennen ollut kiinnostunut. (Halme, Koivula & Tarkka 2007, 180.) Masennuksen diagnostisia kriteerejä ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen menetys, ruokahalun ja painon muutos, psykomotoriikan hidastuminen tai kiihtyminen, arvottomuuden tai syyllisyyden tunteet, kuolemaan liittyvät ajatukset esimerkiksi itsemurha-ajatukset, unihäiriöt sekä keskittymis- ja päättämisvaikeudet. Masennus voi kuitenkin aiheuttaa potilaalle myös näistä kriteereistä poikkeavia oireita, kuten kuntoutumisen hitaan käynnistymisen tai etenemisen pysähtymisen, äreyttä ja negatiivisuutta, kognitiivisia vaikeuksia, kipuja sekä selittämättömiä uusia somaattisia vaivoja. (Lindstam & Ylinen 2012, 64–65.)

Kuntoutuksen esteenä ovat erityisesti masennukseen liittyvä toivottomuus, henkinen ja fyysinen uupuminen pienenkin ponnistelun jälkeen ja aloitekyvyn puute. Potilas ei aina tiedosta itse olevansa masentunut. Potilaalta tulisi kysyä suoraan masentuneisuudesta sekä mielialasta. Jos potilas ei kykene kommunikoimaan, tulisi mielialaa arvioida käyttäytymisen perusteella. Tällöin on kiinnitettävä huomiota potilaan ruokahuuun, painon laskuun, univaikeuksiin, levottomuuteen ja aggressiiviseen käytökseen sekä itkuisuuteen. (Lindstam & Ylinen 2012, 64–65.)

Fyysiset terveysongelmat voivat joko aiheuttaa tai pahentaa masennusta. Sairauteen yhteydessä oleva kipu, fyysinen vamma tai kyvyttömyys voi nostaa suurestikin riskiä sairastua masennukseen. Masennus voi myös pahentaa sairauden aiheuttamaa kipua sekä ahdistusta ja se vaikuttaa paranemiseen ja voi jopa lyhentää elinajanennustetta. Masennus on kaksi tai jopa kolme kertaa yleisempää pysyvän fyysisen terveysongelman omaavilla ihmisillä kuin fyysisesti terveillä ihmisillä. Heistä masennukseen sairastuu noin 20 prosenttia. Masennusta hoitamalla voidaan parantaa potilaan elämänlaatua ja kohottaa elinajanennustetta. (National Institute for Health and Clinical Excellence 2009.)

3.6 SAV -potilaan tuen tarve ja hoitotyön auttamismenetelmät

Aivoverenkiertohäiriön sairastaminen vaikuttaa ihmisen ja hänen omaistensa koko loppuelämään. Sairastuminen tapahtuu usein ennalta arvaamattomasti aiheuttaen äkillisen muutoksen totuttuun elämään. (Kaila 2009, 4; Aalto ym. 2009, 295.) Perhe kohtaa uudenlaisen elämäntilanteen, joka vaikuttaa perheen toimivuuteen ja arkielämän sujuvuuteen (Aalto ym. 2009, 295). Sairastunut joutuu opettelemaan uudelleen jokapäiväisiä toimintoja ja sopeutumaan sairauteen. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet sekä heidän omaisensa tarvitsevat tukea ja ohjausta. (Kaila 2009, 4.) Vuodeosastolla hoitajan tehtävistä korostuu potilaan elämänhallinnan tukeminen riippumatta siitä, ovatko potilaan mahdollisuudet itsenäiseen selviytymiseen heikentyneet vai eivät (Kotila, Meretoja & Salmenperä 2009). Omaisilta saadun sosiaalisen tuen on todettu vähentävän masennusoireita. Niiden potilaiden, jotka eivät saa tukea muualta, olisi tärkeää saada sitä hoitohenkilökunnalta. (Halme ym. 2007, 180–181.)

Sosiaalinen tuki on yksi tärkeimmistä ihmisen ulkoisista selviytymisvoimavaroista, joiden etsiminen ja vastaanottaminen ovat osa selviytymisprosessia. Hoitajilta saatu sosiaalinen tuki voidaan määritellä vuorovaikutussuhteeksi potilaan ja hoitajan välillä ja siihen sisältyy emotionaalista, tiedollista ja konkreettista tukea. (Harju ym. 2011, 218.) Emotionaalinen tuki muodostuu potilaan rohkaisemisesta, potilaan ja omaisen kuuntelusta sekä kunnioituksen ja myötätunnon osoittamisesta. Tiedollisen tuen antaminen tarkoittaa yksilölliseen tilanteeseen sopivan tiedon ja neuvojen antamista. (Aalto ym. 2009, 295.) Suoraa avun antamista, kuten ajan, tiedon ja rahan antamista, kutsutaan konkreettiseksi avuksi (Harju ym. 2011, 219).

Tiedon antaminen sekä potilaalle että omaisille on tärkeää, sillä se vähentää epävarmuutta sekä epätietoisuutta. Potilaalla ja omaisilla on tarve saada tietoa sairauteen liittyvistä asioista ja sairauden kulusta. Myös potilaan omat voimavarat tulisi ottaa hoidossa huomioon ja vahvistaa niitä. Potilaan voimavaroja voi vahvistaa avustamalla potilasta uusien asioiden opettelussa sekä sairauteen sopeutumisessa, motivoimalla omatoimiseen harjoitteluun ja antamalla palautetta edistymisestä. Potilaan voimavaroja tukee myös riittävästä levosta huolehtiminen, pelkojen vähentäminen, potilaan toivon vahvistaminen tulevaisuutta kohtaan sekä hengellisyyden tukeminen. Opastamista ja opettamista potilas tarvitsee selviytyäkseen kotona. Sairastuminen vaikuttaa usein myös sosiaalisiin

suhteisiin. Potilas ja omaiset voivat tarvita opastamista sosiaalisten suhteiden luomisessa ja muuttuneen tilanteen ymmärtämisessä. (Kaila 2009, 8–9.)

Vastavuoroisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen edistää potilaan kuntoutumista. Potilaan tarpeiden huomiotta jättäminen, persoonaton kohtelu ja tehtäväkeskeisyys hidastavat paranemista. Hoitajan tulisi työskennellä potilaslähtöisesti ja auttaa potilasta realististen tavoitteiden asettamisessa sekä antaa aikaa kuntoutumiselle ja sairautteen sopeutumiselle. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaistensa tukeminen ja ohjaus tulisi alkaa heti sairastumisprosessin alussa. (Kaila 2009, 9.)

Kailan (2009, 5) mukaan hoitotyön auttamismenetelmiä aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisten tukemisessa ja ohjaamisessa ovat kuntoutumista edistävän ympäristön järjestäminen, rohkaiseminen ja rajoittaminen, tiedon antaminen, potilaan omien voimavarojen vahvistaminen, opastaminen ja opettaminen, kuntoutumista edistävän hoitosuhteen luominen sekä potilaslähtöinen tavoitteellinen työskenteleminen. Kuntoutumista edistävällä ympäristöllä tarkoitetaan turvallista ympäristöä toimintojen uudelleen opettelua varten sekä ilmapiiriä, joka sallii epäonnistumiset ja tukee yrittämää. Myös perheen mukaan ottaminen on tärkeää. Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut tarvitsee rohkaisua suremiseen sekä kannustusta oman aktiivisuuteen. Toisaalta taas liiallista aktiivisuutta voidaan joutua rajoittamaan. Myös omaiset voivat tarvita rohkaisua, sillä he saattavat haluta osallistua potilaan hoitoon, mutta he eivät välttämättä osaa tai uskalla. (Kaila 2009, 5, 8.)

Omaiset voivat kokea potilaan sairastumisen ja sairaalahoidon jopa raskaammaksi kuin potilas itse ja näin myös heille syntyy emotionaalisen ja tiedollisen tuen tarpeita. Hoitohenkilökunta on tärkeässä asemassa myös omaisten tuen tarpeen tunnistamisessa sekä tuen antamisessa. Tutkimuksissa on havaittu, että omaiset saavat puutteellisesti tiedollista sekä emotionaalista tukea hoitohenkilökunnalta. (Aalto ym. 2009, 295.) Harjun ym. (2011, 219) mukaan potilaat ja heidän omaisensa kokevat saavansa parhaiten päätöksenteon tukea ja huonoimmin emotionaalista tukea. Kokonaisuudessaan potilaat ja omaiset kokevat sairaalassa saadun tuen melko hyväksi. (Harju ym. 2011, 219.)

3.6.1 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus voidaan luokitella antajakohtaiseen jatkuvuuteen sekä tiedon jatkuvuuteen. Antajakohtainen jatkuvuus muodostuu neljästä osa-alueesta, joita ovat ajallinen, maantieteellinen, moniammatillinen ja ihmisten välinen ulottuvuus. Ajallinen ulottuvuus tarkoittaa hoitajan ja hoitopaikan pysyvyyttä. Maantieteellisellä ulottuvuudella tarkoitetaan palvelujen saatavuutta. Moniammatillisuus muodostuu hoitavasta työryhmästä, johon kuuluu useita eri asiantuntijoita. Ihmisten välisellä ulottuvuudella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan välistä hoitosuhdetta, asiakkaan ihmissuhteita sekä työyhteisön ihmissuhteita. (Anttila ym. 2008, 47.)

Hoitotyössä tiedonkulun jatkuvuus on välttämätöntä. Potilaan tiedot kerätään yhdeksi tiedostoksi niin, että ne ovat kaikkien hoitotyöhön osallistuvien käytössä. Tämä edellyttää kuitenkin tietojen käyttäjältä ehdotonta salassapitovelvollisuutta. Potilaasta tehdään kirjallinen hoitotyön suunnitelma, jonka tarkoituksena on parantaa hoidon laatua, yhtenäistää työskentelytapoja sekä kehittää hoitajan ammattitaitoa. Osa tiedollista hoidon jatkuvuutta on suullinen sekä kirjallinen raportointi potilaan tilasta, ja sen tarkoituksena on taata potilaan hoidon jatkuminen tavoitteiden mukaisesti. Tiedottamisen tulee jatkua myös potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitopaikkaan. Potilaasta tulee tehdä lopuarviointi, jossa tulee ilmi hoitojakson tavoitteet sekä yhteenveto hoitojaksosta. Lopuarviointi helpottaa hoidon suunnittelua jatkohoitopaikassa. Kotiutuessa potilas tarvitsee mukaan sekä suulliset että kirjalliset kotihoito-ohjeet. (Anttila ym. 2008, 48.) Potilaan tulee osata hoitaa itseään myös kotioloissa. Potilaalle tulee opettaa omahoitoa ennen hoitojakson päättymistä, jotta hoito jatkuisi myös potilaan omassa elinympäristössä. (Kassara ym. 2006, 15.)

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on koota ja täyttää tarvittavat asiakirjat sekä antaa potilaasta ennakotietoa osastolle, johon hän siirtyy. Näin osastolla pystytään varautumaan potilaan saapumiseen ja jatkohoito on turvattu. Potilaan hyvä hoito ja hoidon jatkuvuus edellyttävät tilanteiden tarkkaa huomioimista sekä kirjaamista. (Kassara ym. 2006, 15; Saastamoinen 2006.) Riittävät tiedot tapahtuneesta, toteutuneesta hoidosta sekä tehdyistä toimenpiteistä edistävät potilaan vointia turvaamalla oikeanlaisen hoidon. Onnistunut ja selkeä hoitoketju helpottaa sekä hoitajan työtä että potilasta ja omaista muuttuneessa elämäntilanteessa. Saumattoman hoitoketjun onnistuminen eri yksiköiden välillä takaa potilaan hoidon jatkuvuuden. (Saastamoinen 2006.)

Saumaton tiedonkulku potilassiirroissa on osa potilasturvallisuutta sekä hoidon jatkuvuutta. Sujuva ja päällekkäisiä tehtäviä poissulkeva potilaan siirtoprosessi on hoidon jatkuvuuden kannalta yksi hoitotyön laatutekijöistä. Omahoitajuuden on todettu tukevan tämän onnistumista. Siirtoprosessin sujuvuus säästää myös terveydenhuollon kustannuksia ja vapauttaa hoitajille aikaa potilaskohtaiseen työhön. (Kerttunen ym. 2008.)

4 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan merkitysten maailmaa. Merkitykset ilmenevät suhteina ja ne muodostavat merkityskokonaisuuksia. Merkityskokonaisuudet ovat puolestaan ihmisistä lähtöisin olevia ja ihmiseen päätyviä tapahtumia, kuten toimintaa, ajatuksia ja päämäärien asettamista. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on selvittää ihmisten omia kuvauksia kokemastaan todellisuudesta. Kuvausten oletetaan sisältävän ihmisen itselleen tärkeäksi ja merkitykselliseksi pitämiä asioita. Laadullinen tutkimusmenetelmä vaatii tutkimuksen tekijältä täsmentämistä, tutkitaanko kokemuksiin vai käsityksiin liittyviä merkityksiä. Käsityksen ja sitä vastaavan kokemuksen suhde on ongelmallinen, sillä niiden välillä ei välttämättä ole yhteyttä. Kokemus on aina itse koettu ja omakohtainen, kun taas käsitykset kertovat yhteisölle tyypillisistä tavoista ajatella. Tutkittavan kokemukset eivät tule koskaan täysin ymmärretyksi. Tutkija asettaa oman kokemuksensa ja ymmärryksensä pohjalta teemoja sekä kysymyksiä. Niiden pohjalta tutkija myös tulkitsee ja ymmärtää tutkimuskohdetta. (Vilka 2009, 97–98.)

Laadullisen tutkimuksen avulla on mahdollista laajentaa terveystieteellistä tietoa ja tuottaa teoreettisia kuvauksia aiemmin tuntemattomista ilmiöistä tai löytää uusia näkökulmia jo osin tunnettuihin ilmiöihin (Kylmä, Lähdevirta & Vehviläinen-Julkunen 2003). Laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena ei ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta. Tavoitteena on tutkimisen aikana muodostuneiden tulkintojen avulla tuoda esiin jotakin, mitä ei voi välittömällä havainnoinnilla tavoittaa. Tulkinnan avulla ihmisten kuvaamista kokemuksista ja käsityksistä voidaan tutkimuksessa luoda malleja, ohjeita, toimintaperiaatteita ja kuvauksia tutkittavasta asiasta. (Vilka 2009, 98.) Laadullisella tutkimuksella pyritään jäsentämään tutkittavaa asiaa tutkittavien näkökulmasta ja tuottamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä, niiden välisiä suhteita ja teoriaa (Kylmä ym. 2003).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia SAV -potilaiden psyykkisen tuen tarpeesta akuuttihoitovaiheessa. Opinnäytetyöhön valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän, koska siinä pyrittiin luomaan kuvausta SAV -potilaiden psyykki-

sen tuen tarpeesta. Työ pohjautui sairaanhoitajien kokemuksiin, joita he olivat saaneet osastolla työskennellessään. Kuvaus aiheesta muodostui sairaanhoitajien kokemusten pohjalta. Tällaiseen työhön sopi laadullinen menetelmä, sillä aihetta oli kuvailtava sanallisesti. Aiheen käsittelemiseen määrällinen menetelmä ei olisi sopinut kovin hyvin, sillä se ei olisi tuottanut monipuolista tietoa aiheesta.

4.2 Aineiston keruu

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä usealla eri tavalla. Usein tutkimusaineisto kerätään haastattelulla. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelumuotoja ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Tavanomaisesti tutkimushaastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina, mutta tavoitteesta riippuen haastattelutapaa voidaan myös soveltaa ryhmähaastatteluun. Haastateltavia valittaessa tulee miettiä, mitä ollaan tutkimassa. Haastateltavat tulisi valita teemaa tai tutkittavaa asiaa koskevan asiantuntemuksen tai kokemuksen perusteella. (Vilkka 2009, 100, 114.)

Teemahaastattelussa edetään keskeisten etukäteen valittujen teemojen sekä niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaan. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten tulkinat asioista ja heidän antamansa merkitykset asioille sekä se, miten merkitykset muodostuvat vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelussa pyritään löytämään tutkimuksen tarkoituksen sekä tutkimustehtävän kannalta merkityksellisiä vastauksia. Ennalta valitut teemat liittyvät tutkimuksen viitekehukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–75.)

Opinnäytetyön työelämäyhteys on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyössä haastateltiin teemahaastattelulla neljää osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Opinnäytetyöhön aineistonkeruumenetelmäksi valitsin teemahaastattelun, koska oletin saavani sillä eniten tietoa aiheesta. Haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna. Teemahaastattelussa haastateltavilla oli mahdollisuus luoda omanlaisensa vastaus, jolloin haastatteluisissa voi myös tulla esiin asioita, joita en olisi muuten osannut kysyä. Teemahaastattelu oli myös turvallinen menetelmä kokemattomalle tutkimuksen tekijälle apukysymysten ansiosta. Teemahaastattelun pääteemat pohjautuivat viitekehukseen. Haastattelun pääteemat (liite 1.) olivat SAV -potilaan äkillinen sairastuminen, äkillisen sairastumisen aiheuttama kriisi, SAV -potilaan psyykkisten ongelmien havaitseminen, psyykkisen tuen

saaminen sekä SAV -potilaan hoidon jatkuvuus. Haastatteluissa käytin tukena apukysymyksiä (liite 1.), joita esitin vain, jos haastateltava ei vastannut kysymyksiin teeman pohjalta. Haastattelut kestivät kolmestatoista minuutista kahteenkymmeneen kahteen minuuttiin.

4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tavallinen analyysimenetelmä laadullista tutkimusmenetelmää käytettäessä. Sisällön analyysin ensimmäisessä vaiheessa valitaan tarkkaan rajattu, kapea ilmiö, josta pyritään saamaan mahdollisimman paljon tietoa. Usein laadullisesta aineistosta löytyy paljon mielenkiintoisia asioita, mutta siitä on kuitenkin valittava vain kyseistä tutkimusta koskeva aineisto. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät ohjaavat tutkijaa analysoitavan aineiston valinnassa. Aineisto koodataan, jolloin aineisto käydään läpi ja siihen merkataan tutkimuksen kannalta oleelliset asiat. Tämän jälkeen merkityt asiat kerätään yhteen ja eritellään muusta aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93.)

Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään muodostamaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Aineistosta valitaan analyysiyksiköt tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävien pohjalta. Aikaisemmilla havainnoilla, tiedoilla ja teorioilla ei tulisi olla merkitystä analyysin toteuttamisen ja lopputuloksen kanssa, sillä analyysi pohjautuu aineistoon. Aineistolähtöisessä analyysissä aineistosta etsitään tutkimuksen kannalta olennaiset alkuperäisilmaukset, jonka jälkeen ilmaukset pelkistetään yksittäisiksi ilmauksiksi. Samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään joukoiksi. Samaa tarkoittavista ilmauksista muodostuu alaluokka eli alakategoria, jolle annetaan sisältöä kuvaava nimi. Seuraavaksi samansisältöiset alakategoriat yhdistetään toisiinsa ja niistä muodostuu yläkategorioita. Myös yläkategorioille annetaan niitä kuvaavat nimet. Lopuksi kaikki yläkategoriat yhdistetään niitä kaikkia kuvaavaksi yhdeksi kategoriaksi. Tutkimusongelmaan vastataan kategorioiden pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 101.)

Opinnäytetyössä tutkimusaineiston analysoinnissa käytin aineistolähtöistä sisällön analyysiä. Aineisto litteroitiin kirjoittamalla haastattelut auki sanasta sanaan. Litteroitua materiaalia tuli melko niukasti, yhteensä 20 sivua. Sisällönanalyysin toteutin alleviivaamalla litteroiduista haastatteluista tutkimustehtäviin liittyviä virkkeitä, jonka jälkeen muutin virkkeet pelkistetyiksi ilmauksiksi. Tämän jälkeen yhdistelin toisiinsa liittyviä

pelkistettyjä ilmauksia alaluokiksi. Toisiinsa liittyvät alaluokat muodostivat pääluokkia. Kahdesta tutkimustehtävästä muodostui kokoava käsite, mutta yhdessä tehtävässä analyysi jäi pääkäsitteen tasolle niukan haastatteluaineiston takia. Sisällönanalyysin eteneminen (liite 5.) näkyy kokonaisuudessaan työn lopussa.

5 TULOKSET

5.1 Äkillisen sairastumisen ja sen aiheuttaman kriisin vaikutukset potilaaseen

Äkillisen sairastumisen vaikutukset potilaaseen jakautuivat kahteen pääluokkaan, joita olivat potilaan tuen tarve ja psyykkiset reaktiot. Potilaan tuen tarve jakautui kolmeen alaluokkaan, joita olivat tiedollisen tuen, tarve emotionaalisen tuen tarve ja konkreettisen tuen tarve. Psyykkiset reaktiot jakautuivat puolestaan kahteen alaluokkaan, joita olivat kriisi sekä elämäntapojen ja elämäntilanteen pohtiminen.

5.1.1 Potilaan tuen tarve

Hoitajien kokemusten perusteella äkillinen sairastuminen aiheuttaa suuren tiedollisen tuen tarpeen. Hoitajien mukaan potilaat tarvitsivat paljon tietoa ja ohjausta. Potilaat olivat epätietoisia sairauteen liittyvistä asioista, sillä sairaus tuli yllättäen eivätkä he voineet varautua siihen etukäteen. Potilas ei välttämättä ymmärtänyt, mikä hänellä on, kun kaikki tapahtui niin nopeasti.

Potilas on epätietoinen kaikesta siihen sairauteen liittyvästä --.

Potilas tarvitsee paljon sitä tietoa, että mitä tämä kaikki tarkoittaa ja mihin tämä kaikki johtaa -- onko normaalia, että minulla on tällaisia oireita ja jäävätkö ne pysyviksi.

Hoitajien mukaan potilaat tarvitsivat myös paljon emotionaalista tukea. Potilaat tarvitsivat paljon aikaa ja asioita oli käytävä useaan otteeseen läpi, mikä vaati hoitajalta kärsivällisyyttä. Hoitajien kokemuksista nousi vahvasti esille läheisten tuen tarve. Kun potilas oli hyvin huonossa kunnossa sairauden takia, esimerkiksi hän oli tajuton, oli suuri tuen tarve läheisillä.

-- tarvitsee paljon aikaa ja tukea.

Huonokuntoisempien kohdalla se on enemmän sitten omaisten huoli ja järkytys mikä näkyy meille.

Osa hoitajista koki myös konkreettisen tuen tärkeänä. Konkreettisen tuen tarve ilmeni usein hoitamatta jääneinä asioina, jotka saattoivat liittyä esimerkiksi raha- tai työasioihin. Myös tilanne kotona saattoi vaatia erityisiä järjestelyitä. Tällaiset asiat aiheuttivat potilaalle ylimääräistä stressiä, joten niiden hoitaminen koettiin tärkeänä. Tällaisissa tilanteissa otettiin yhteyttä sosiaalihoitajaan.

Potilaalla saattaa olla keskeneräisiä asioita, jotka ovat jääneet hoitamatta --.

5.1.2 Psyykkiset reaktiot

Psyykkiset reaktiot jakautuivat kahteen alaluokkaan, joita olivat kriisi sekä elintapojen ja elämäntilanteen pohtiminen. Hoitajat kokivat potilaan äkillisen sairastumisen olevan kriisi koko perheelle. Hoitajien mukaan potilaat kävivät kaikki kriisin vaiheet läpi, mutta akuuttivaiheen hoidossa he eivät päässeet shokkivaihetta pidemmälle. Kriisi ilmeni erityisesti järkytyksenä tilanteesta ja monet potilaista kielsivät koko sairastumisen. Joillakin potilailla sairastumisen alkuvaihe oli täysin hämärän peitossa, eivätkä he muistaneet siitä myöhemmin mitään. Huonokuntoisten potilaiden läheisille tilanne oli myös suuri järkytys. Läheisten kriisi saattoi ilmetä esimerkiksi takertumalla yksittäisiin mittaustuloksiin, kuten verenpaineeseen tai lämpöön.

-- kriisi koko perheelle, että ylipäätään selviääkö siitä ja sitten se, että miten siitä sitten kuntoutuu --.

-- täällä se on kuitenkin tavallaan se shokkivaihe vielä --.

Huonokuntoisempien kohdalla omaisilla on kauhea huoli -- ei pysty tässä vaiheessa menemään pidemmälle, vaan saatetaan takertua kyselemään, mikä on lämpö ja mikä on verenpaine, kun ollaan niin järkyttyneitä tilanteesta.

Hoitajien mukaan äkillinen sairastuminen oli potilaille pysäyttävä kokemus, joka laittoi potilaan miettimään omaa elämäntapaansa ja elämäntilannettaan. Potilaat pohtivat, miten he olivat hoitaneet terveyttään, olivatko he hoitaneet perussairauksiaan tai oliko heillä joitakin riskitekijöitä sairastumiselle, kuten esimerkiksi tupakointi. Potilaat miettivät olisivatko he voineet ennaltaehkäistä jotenkin sairastumisen ja tulisiko heidän muuttaa elämäntapojaan kyseisestä hetkestä eteenpäin. Hoitajien mukaan potilaat kertoivat ta-

pahtunutta ja pohtivat selviytymistään sekä kuntoutumistaan. Erityisesti nuoremmat potilaat joutuivat käsittelemään, etteivät olekaan kuolemattomia.

— moni kertaa omaa elämäntapaansa ja elämäntilannettaan ja että miten on hoitanut terveyttänsä —.

— joutuu käsittelemään ettei olekaan kuolematon, nuoret ihmiset varsinkin.

5.2 SAV -potilaiden psyykkiset oireet akuuttivaiheen hoidossa

SAV -potilaiden psyykkisistä ongelmista akuuttivaiheen hoidossa aineistolähtöinen sisällönanalyysissä ei muodostunut kokoavaa käsitettä. Pääkäsitteeksi muodostui potilaan psyykkiset ongelmat. Pääkäsite jakautui kolmeen alaluokkaan, joita olivat sairauden tiedostamattomuus, psyykkiseen tilaan liittyvät ongelmat sekä mielialan muutokset.

Hoitajien mukaan SAV -potilailla esiintyi hyvin usein sairauden tunnottomuutta. Akuuttivaiheen hoidossa potilaat eivät alkuun tiedostaneet koko sairautta. Potilailla saattoi esiintyä joko liiallista touhuamista tai päinvastoin he eivät uskaltaneet tehdä mitään. Monet eivät tiedostaneet sairauden vakavuutta ja sitä, että kuolema on ollut lähellä.

— semmoista sairauden tunnottomuutta, sellaista yltiöpäistä touhuamista saattaa olla tai sitten tuollainen ääripää on se ihan, että ei uskalla tehdä mitään.

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että monilla SAV -potilailla esiintyi eritasoisia psyykkisiä ongelmia, mutta vakavammat psyykkiset sairaudet tulivat esiin vasta hoidon myöhemmässä vaiheessa. Masennuksen todettiin olevan melko yleistä SAV -potilailla, mutta se ei usein näkynyt vielä akuuttihoitovaiheessa. Akuuttivaiheessa potilaat saattoivat olla sulkeutuneita omaan kuoreensa ja kieltää sairauden olemassaolon. Toisilla taas ilmeni liiallista toiveikkuutta toipumisesta, vaikka vuodolla olisi ollut jälkiseurauksia. Sairauteen liittyen yleisinä pidettiin aloitekyvyttömyyttä ja univaikeuksia. Myös sekavuutta esiintyi osalla potilaista.

— monilla on semmoisia vähän eritasoisia psyykkisiä ongelmia, että aika usein kun on se alkuvaihe, niin ei tavallaan tiedosta sitä sairautta vielä tai sitten kieltää koko SAV:n olemassaolon —.

— masennus on aika yleinen SAV -potilailla, mutta sitä ei täällä paljoa ehdi huomaamaan, kun he siirtyvät jo jatkohoitoon.

Hoitajat pitivät SAV -potilailla hyvin yleisinä mielialaan liittyviä muutoksia, kuten mielialan vaihteluita. Hyvin monilla potilailla esiintyi itkuisuutta ja itkuherkkyyttä. He saattoivat olla myös muuten kovin herkkiä.

— mielialassa on muutoksia ja itkuisuutta ja semmoista väsymystä —.

5.3 SAV -potilaiden psyykkinen tukeminen akuuttivaiheen hoidon aikana

Psyykkisen tukeminen jakautui kahteen pääluokkaan, joita ovat tuen antamisen muodot ja tuen saamista rajoittavat tekijät. Tuen antamisen muodot jakautuivat seitsemään alaluokkaan, joita ovat tiedon antaminen, SAV -kansion kerääminen, keskusteleminen potilaan kanssa, kuunteleminen, läsnäolo, lääkehoidollinen apu ja ulkopuolisen avun hankkiminen. Tuen saamista rajoittavista tekijöistä muodostui puolestaan kolme alaluokkaa, joita ovat rajalliset resurssit, ajan puute ja lyhyet hoitoajat.

5.3.1 Tuen antamisen muodot

Hoitajat nostivat esille tiedon antamisen sekä keskustelemisen potilaan kanssa tärkeimpinä tuen antamisen muotoina. Tiedon antamiselle oli tärkeää, että tietoa annettiin riittävästi. Kuitenkin oli huomioitava sairauden ja shokin aiheuttamat rajoitteet potilaan vastaanottokyvyille ja jos potilas oli tajuton, niin tiedon antaminen oli suunnattava läheisille. Myös asioiden kertaaminen koettiin tärkeänä. Keskustelu potilaan kanssa kohdistui yleensä sairauteen ja toipumismahdollisuuksiin. Keskusteleminen tapahtui useimmiten hoitotoimien yhteydessä.

Samalla kun käyttää suihkussa tai syöttää niin juttelee ja kertoo asioista —.

— keskustellaan sairaudesta ja mitä toipumismahdollisuuksia on —.

SAV -kansion kerääminen koettiin hyvin tärkeäksi. Kansioon kerättiin tietoa sairaudesta sekä sen oireista, AVH -yhdys henkilön yhteystiedot ja tietoa AVH -ensitietopäivästä. Kansio koettiin tärkeäksi, jotta etenkin kotiutuvilla potilailla olisi jokin kontakti, johon ottaa yhteyttä, jos tulee kysyttävää. Potilaat eivät välttämättä osanneet lyhyen hoitojakson aikana esittää kysymyksiä, joten kansion ansiosta he saattoivat lukea aiheesta kotona.

Kerätään semmoista kansiota kaikille SAV -potilaille, missä olisi lueskeltavaa aikanaan siellä kotona tai sitten jo täällä osastollakin -- mitä nämä oireet ovat ja miksi ne ovat ja mikä se SAV on --.

Hoitajat pitivät myös kuuntelemista ja läsnäoloa tärkeinä psyykkisen tukemisen muotoina. Potilasta voitiin tukea kuuntelemalla häntä ja vastaamalla tämän esittämiin kysymyksiin. Läsnäoloa pidettiin merkittävänä muun muassa hoitotoimien yhteydessä. Kaikki hoitajat nostivat myös esille ulkopuolisen avun hankkimisen tarvittaessa, kuten psykiatrisen sairaanhoitajan kutsumisen paikalle, mutta sen ei koettu olevan kovin yleistä.

Se varmaan nousee se semmoinen läsnäolo, mitä hoitaja pystyy ihan sen kaiken muun työn ohessa antamaan, antamaan oman itsensä siihen käyttöön --

5.3.2 Tuen saamista rajoittavat tekijät

Potilaan tuen saamista rajoittavina tekijöinä nousivat esille erityisesti ajan puutteen ja lyhyet hoitoajat. Hoitajat kokivat ohjaukseen ja tiedon antamiseen olevan liian vähän aikaa. Lyhyiden hoitoaikojen koettiin huonontavan tuen saamista ja erityisesti se vaikutti siihen, ettei äkillisen sairastumisen aiheuttamaa kriisiä ehditä juurikaan käsittelemään, vaan se siirtyy jatkohoitopaikkaan tai kotiin käsiteltäväksi. Osa hoitajista koki myös rajoittava tekijänä rajalliset resurssit, joita he eivät kuitenkaan määritelleet sen tarkemmin.

Toki toivoisi, että olisi enemmän aikaa ohjaukseen --

Ensinnäkin potilaat viuhahtaa tästä osaston läpi -- se on aina sellaista et kerkiääkö antamaan sitä kansiota ja kerkiääkö nähdä omaisia ja keskustelemaan --

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksissa hoitajat nostivat esille tukevansa potilasta keinoin, jotka olivat luokiteltavissa tiedolliseen, emotionaaliseen ja konkreettiseen tukeen. Tulosten mukaan hoitajat antoivat tiedollista tukea kertomalla sairaudesta, oireista sekä toipumismahdollisuuksista. Emotionaalista tukea annettiin keskustelemalla potilaan kanssa, kuuntelemalla potilasta sekä olemalla läsnä. Konkreettista tukea puolestaan annettiin järjestelmällä koti-asioita ja hoitamatta jääneitä asioita. Harjun ym. (2011, 218) tutkimuksen mukaan hoitajilta saatu sosiaalinen tuki on vuorovaikutussuhde potilaan sekä hoitajan välillä ja siihen sisältyy emotionaalista, tiedollista ja konkreettista tukea.

Kailan (2009, 8–9) kuvaa tutkimuksessaan tiedon antamisen sekä potilaalle että omaisille olevan tärkeää, sillä se vähentää epävarmuutta sekä epätietoisuutta. Kailan (2009, 8–9) mukaan potilaalla ja omaisilla on suuri tarve saada tietoa sairauteen liittyvistä asioista ja sairauden kulusta. Opinnäytetyön tulosten perusteella äkillinen sairastuminen aiheutti suuren tiedollisen tuen tarpeen. Potilaat olivat epätietoisia sairauteen liittyvistä asioista, sillä sairaus tuli yllättäen eivätkä he voineet varautua siihen etukäteen. Näin ollen tuloksissa tiedollisen tuen tarve nousi voimakkaimmin esille.

Tulosten mukaan hoitajat olivat sitä mieltä, että potilaat tarvitsivat paljon emotionaalista tukea. Potilaat tarvitsivat paljon aikaa ja asioita on käytävä useaan otteeseen läpi, mikä vaati hoitajalta kärsivällisyyttä. Myös Kailan (2009, 4) tutkimuksen mukaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet sekä heidän omaisensa tarvitsevat paljon tukea ja ohjausta.

Tuloksissa hoitajien kokemuksista nousi vahvasti esille, että läheiset tarvitsivat paljon emotionaalista ja tiedollista tukea erityisesti silloin, kun potilas oli huonossa kunnossa. Aallon ym. (2009, 295) tutkimuksen mukaan läheiset voivat kokea potilaan sairastumisen ja sairaalahoidon jopa raskaammaksi kuin potilas itse ja näin heille syntyy emotionaalisen ja tiedollisen tuen tarpeita. Aallon ym. (2009, 295) tutkimuksessa on kuitenkin havaittu, että läheiset saavat puutteellisesti tiedollista sekä emotionaalista tukea hoitohenkilökunnalta. Tämä puoltaisi sitä, että hoitajat tiedostavat läheisten tuen tarpeen, mutta tuen antaminen läheisille olisi kuitenkin puutteellista.

Tulosten mukaan potilaan äkillisen sairastuminen oli kriisi koko perheelle. Myös Saastamoisen (2006) artikkelin mukaan vakava ja äkillinen sairastuminen aiheuttaa perheessä aina kriisin. Tulosten mukaan kriisi ilmeni potilailla järkytyksenä tilanteesta ja monet potilaista kielsivät sairastumisen. Suomen Mielenterveysseuran (2013) mukaan shokkivaihe voi kestää hetkestä muutamiin vuorokausiin ja sen aikana tilanne voi tuntua epätodelliselta, sekavalta sekä mahdottomalta ymmärtää ja osa potilaista kieltää sairastumisen. Tuloksissa tuli esiin, etteivät potilaat pääsisi käsittelemään kriisiä akuuttivaiheen hoidossa ja että he eivät pääsisi shokkivaihetta vaihetta pidemmälle. Kuitenkin haastatteluisissa nousi esiin, että osa potilaista pohti omaa elämäntapaansa ja elämäntilannettaan, mikä voisi viitata siihen, että kriisin käsittely olisi jo pidemmällä.

Halesin & Yudofskyn (2002, 728–729) mukaan aivoverenkiertohäiriöitä sairastavilla potilailla esiintyy lukuisia erilaisia tunne-elämän häiriöitä. Masennusta on todettu esiintyvän noin 20 prosentilla, ahdistuneisuushäiriötä 27 prosentilla ja apatiaa masennuksen yhteydessä 11 prosentilla sekä ilman masennusta 22 prosentilla (Hales & Yudofsky 2002, 728–729). Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että monilla SAV -potilailla esiintyi eritasoisia psyykkisiä ongelmia, mutta vakavammat psyykkiset sairaudet tulivat esiin vasta hoidon myöhemmässä vaiheessa. Masennusta todettiin esiintyvän useilla SAV -potilailla, mutta se ei näkynyt vielä akuuttihoidon vaiheessa.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kuvaavia kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, refleksiivisyys ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197; Kylmä & Juvakka 2007, 127). Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset on kuvattu niin, että lukija ymmärtää, miten analyysi on edennyt ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet sekä rajoitukset. Uskottavuudella kuvataan myös sitä, kuinka hyvin tutkijan muodostamat kategoriat kattavat aineiston. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232–233; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kohentaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Siirrettävyys kuvaa puolestaan sitä, missä määrin tulokset voisivat olla siirrettävissä toiseen tutkimusympäristöön. Jotta siirrettävyys voidaan varmistaa, tulee tutkijan kuvata huolellisesti tutkimuskontekstia, osallistujien valintaa ja taustojen selvit-

tämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvaamista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Vahvistettavuus on yhteydessä tutkimusprosessiin ja se edellyttää, että tutkimusprosessi tulisi kirjata niin, että toinen tutkija voi seurata sitä pääpiirteittäin. Käsite on kuitenkin ongelmallinen, sillä toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulkintaan, vaikka aineisto olisi sama. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkijan on arvioitava, kuinka hän itse vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Laadullisesta tutkimuksesta arvioidaan kuvauksen elävyyttä, metodologista sopivuutta, analyttistä täsmällisyyttä sekä teoreettista loogisuutta. Kuvauksen elävyys tarkoittaa sitä, että tutkija kuvaa todellisuutta niin tarkasti ja elävästi kuin mahdollista. Raportissa tulisi kuvata tiettyjä taustatietoja, jotta tutkittavien henkilöiden subjektiiviset kokemukset saavat kehyksen, johon tuloksia voi verrata. Metodologinen sopivuus tarkoittaa tutkijan tietoisuutta tutkimuksessa käytettävästä metodologisesta lähestymistavasta. Tutkijan tulee olla perehtynyt käytettävään menetelmään ja hänen tulee arvioida menetelmän sopivuus tutkittavaan ilmiöön. Analyttinen täsmällisyys tarkoittaa, että analyysiprosessi on selkeä ja aineiston luokittelu etenee loogisesti. Lukijan tulisi pystyä seuraamaan luokittelujen logiikkaa. Teoreettinen loogisuus tarkoittaa sitä, että aineistosta muodostuu teoreettinen tai käsitteellinen kokonaisuus, joka on perusteltu ja looginen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 199–200.)

Opinnäytetyössä on kuvattu hyvin tarkkaan työn toteuttamista, mikä kasvattaa työn luotettavuutta. Työssä on kuvattu yksityiskohtaisesti haastatteluihin osallistuneiden joukkoa, käytettyä menetelmää sekä sisällönanalyysin kulkua. Haastatteluissa esitettäviä kysymyksiä osallistujat eivät olleet nähneet etukäteen, joten he eivät pystyneet miettimään valmiiksi vastauksia kysymyksiin. Luotettavuutta heikentää se, että laadulliseen tutkimukseen vaikuttavat aina tutkijan omat arvot ja asenteet. Tämä heikentää erityisesti sisällönanalyysin luotettavuutta, sillä omat arvoni ja asenteeni ovat tiedostamatta ohjanneet tekemiäni tulkintoja sairaanhoitajien kokemuksista. Tämä on erityisesti ongelma yksin työtä tehdessä, sillä kukaan ei ole muodostamassa kritiikkiä tai toisenlaista näkökulmaa tulkinnoille.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 211) esittävät kahdeksan eettistä vaatimusta tutkijalle. Tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut uuden informaation tuottamisesta. Tutkijan tulee paneutua tunnollisesti tutkimaansa aiheeseen, jotta hänen hankkimansa ja välittämänsä informaatio on mahdollisimman luotettavaa. Tutkijan tulee olla rehellinen tulosten esittämisessä. Jos tutkimus aiheuttaa kohtuutonta vahinkoa, siitä tulee pidättäytyä. Tutkimuksen toteuttaminen ei saa loukata ihmisarvoa eikä kenenkään moraalista arvoa. Tieteellistä informaatiota tulee käyttää eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkijan tulee toimia tavalla, joka edistää mahdollisuuksia tutkimuksen tekemiseen. Tutkijoiden tulee ylläpitää kollegiaalista arvostusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin suuntautuvan tutkimuksen eettisen perustan. Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Osallistujilta tulee saada vapaaehtoinen suostumus ja mukanaolon voi keskeyttää, missä vaiheessa tahansa. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Kaikkien osallistujien anonymiteetti on säilytettävä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219; Tuomi & Sarajärvi 2009, 130–131.) Laadullisen tutkimuksen raporteissa esitetään usein suoria lainauksia haastatteluteksteistä, jolloin tutkimuksen tekijän on varmistettava, ettei tutkimukseen osallistuja ole tunnistettavissa esimerkiksi murteen perusteella. Alkuperäislainaukset olisi suositeltavaa muuttaa yleiskielelle. Oikeudenmukaisuudella tutkimustyössä tarkoitetaan, että tutkittavaksi valikoituvien on oltava tasa-arvoisia. Tutkittavien valintaan ei saa vaikuttaa tutkittavan haavoittuvuuteen tai tutkijan valta-asemaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198, 221.) Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on oikeus odottaa tutkijalta vastuuntuntoa ja luottaa siihen, että tutkija noudattaa antamiaaan lupauksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Tutkimuksen tekoa varten on myös hankittava tutkimuslupa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222).

Eettisiä kysymyksiä muodostavat myös plagiointi, tulosten sepittäminen ja puutteellinen raportointi. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön kirjoittaman tekstin lainaamista merkitsemättä lähdeviitteitä. Tulosten sepittämisellä tarkoitetaan sitä, että tulokset ovat keksittyjä. Tällöin tutkijalla ei ole aineistoa tulosten tueksi ja perusteeksi tai hän saattaa joko kaunistella tai muuttaa saamiaan tuloksia. Tämän takia on tärkeää, että tutkimusra-

portissa kuvataan tarkasti tutkimuksen eteneminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224–225.)

Opinnäytetyön teko noudatti mielestäni eettisiä periaatteita hyvin. Haastatteluihin osallistuneille kerrottiin työn tavoite, menetelmä sekä työn eteneminen. Osallistujat ilmoitautuivat haastateltaviksi vapaaehtoisesti opinnäytetyöstä pidetyn osastotunnin jälkeen. Osallistujat saivat kirjallisen saatekirjeen (liite 2.) ja allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 3.). Osallistujille kerrottiin, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja heille annettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä ennen haastatteluiden alkua. Osallistujien anonymiteetti säilytettiin. Tuloksissa käytetyt alkuperäislainaukset muutettiin yleiskielelle, jotta henkilöitä ei tunnisteta murteen perusteella. Kaikki haastattelujen nauhoitukset ja litteroidut materiaalit hävitettiin asianmukaisesti. Tulokset olivat rehellisesti esitettyjä, mitä tukevat alkuperäislainaukset haastatteluista sekä aineistolähtöisen sisällysanalyysin näkyminen työssä.

6.4 Kehittämis- ja jatkotutkimusideat

Kehittämisidea osastolle, jonne opinnäytetyö tehtiin, voisi olla tulosten hyödyntäminen. Tuloksissa selvisi potilaiden tuen saantia rajoittavia tekijöitä, kuten ajan puute sekä lyhyet hoitoajat ja näiden takia kriisin käsittely osastolla sivuutettiin lähes täysin. Osastolla voitaisiin kehittää keinoja, joilla kriisiä voitaisiin käsitellä lyhyen hoitoajan puitteissa ja aikaa saataisiin suunnattua enemmän potilaan psyykkiseen tukemiseen.

Tuloksissa kävi ilmi, ettei kriisin käsittelyyn akuuttihoitovaiheessa käytetä juurikaan resursseja, joten jatkotutkimusideana olisi selvittää kriisin käsittelyä jatkohoitopaikoissa. Ja koska osa potilaista kotiutuu lyhyen akuuttihoitojakson jälkeen, joten toisena tutkimusideana olisi selvittää, miten kotiutuneet ovat selvinneet kriisin käsittelyn kanssa ja tarvitsisivatko he enemmän jonkinlaista psyykkistä tukea.

6.5 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön aihe tuli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Opinnäytetyöprosessin alussa vaihdoin aiheeni ja olin todella tyytyväinen siihen, sillä tämä aihe osoittautui hyvin

mielenkiintoiseksi. Aiheessa yhdistyivät kiinnostukseni sisätauteihin sekä mielenterveytyöhön. Opinnäytetyö edisti ammatillista kasvuani tukemalla suuntautumisvaihtoehtoani sekä herättämällä huomioimaan, kuinka tärkeää psyykkinen tuki on myös sisätautipotilailla. Opinnäytetyöprosessin aikana opin hyvin paljon sekä aiheestani että tutkimuksen tekemisestä.

Työelämään olin yhteydessä sähköpostitse, osastotunnilla aiheen esittelyn yhteydessä sekä haastatteluita tehdessä. Työelämästä aihetta ei kovin tarkasti rajattu, eikä työn etenemiseen juurikaan puututtu, joten sain melko vapaat kädet työtä tehdessä. Opinnäytetyön aihe rajautui helposti ja koin sen olevan riittävän laaja. Tiedonhaku opinnäytetyöhön ei ollut kovin helppoa, sillä subaraknoidaalivuotopotilaista ei löytynyt tutkimuksia. Työssä jouduin hyödyntämään yleisesti aivoverenkiertohäiriöpotilaista tehtyjä tutkimuksia.

Päätin tehdä opinnäytetyön käytännön syistä yksin. Yksin tekemisen hyvänä puolena koin sen, ettei tarvinnut järjestellä aikatauluja muiden kanssa. Olisin tarvinnut kuitenkin enemmän toisten henkilöiden mielipiteitä ja näkökulmia työtä tehdessä. Tässä tosin auttoivat pääasiassa ohjaava opettaja sekä opponentit. Ohjauksessa kävin viisi kertaa opinnäytetyöprosessin aikana ja koin sen riittäväksi. Myös omia perheenjäseniäni pyysin lukemaan työtä, sillä itse sokeuduin pahasti omalle tekstilleni. Opinnäytetyö prosessi oli hyvin pitkä ja kesti kokonaisuudessaan noin vuoden. Kirjoittamiseen tuli välillä pitkiäkin taukoja koulun sekä työnteon lomassa, jolloin jouduin palauttelemaan mieleen aiemmin kirjoittamiani asioita.

LÄHTEET

- Aalto, P., Kaunonen, M., Mattila, E., Ollikainen, J. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Sairaala-potilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 21 (4), 294-303.
- Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2010. Tietoa aivoverenkiertohäiriöistä. Luettu 30.8.2013.
http://www.aivoliitto.fi/files/795/Selkoesite_avh.pdf
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2008. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Frösen, J., Hernesniemi, J., Laaksamo, E., Laakso, A., Niemelä, M. & Tulamo, R. 2011. Miksi aivovaltimoaneurysma puhkeaa? Kustannus Oy Duodecim. Luettu 26.4.2013.
<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu>
- Hales, R. & Yudofsky, S. 2002. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Halme, N., Koivula, M. & Tarkka, M. 2007. Ohitusleikkauspotilaiden depressio-oireet ja hoitajilta saatu sosiaalinen tuki. *Hoitotiede* 19 (4), 179-191.
- Harju, E., Rantanen, A., Tarkka, M-T. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän läheistensä sairaalassa saama sosiaalinen tuki. *Hoitotiede* 23 (3), 218-229.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Jääskeläinen, J. 2007. Aivovaltimoaneurysma ja subaraknoidaalivuoto (SAV). Kustannus Oy Duodecim. Luettu 10.12.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96588.pdf>
- Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä - metasynteesi. *Hoitotiede* 21 (1), 3-12.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S. Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. *Hoitotyön osaaminen*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kerttunen, M., Korjonen, P., Kurtti, A. & Paasovaara, S. 2008. Tiedonkulku ei aina toimi organisaatorajat ylittävissä potilassiirroissa. Luettu 27.8.2013.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/4_08/muut_artikkelit/tiedonkulku_ei_aina_toimi_organ/
- Kotila, J., Meretoja, R. & Salmenperä, R. 2009. Sairaanhoitajien osaamiskartoitukset neurokirurgisessa hoitotyössä. Luettu 27.8.2013.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/11_2009/asiantuntija-artikkeli/sairaanhoitajien_osaamiskartoitu/

- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kylmä, J., Lähdevirta, J. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? Duodecim 119, 609-615.
- Lindstam, S. & Ylinen, A. 2012. Aivovammojen kuntoutus. Porvoo: Bookwell Oy.
- Mustajoki, P. 2011. Aivokalvon alainen verenvuoto (SAV). Kustannus Oy Duodecim. Luettu 10.12.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00002&p_haku=subaraknoidaalivuoto
- Mäkijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. & Vaula, E. 2011. Akuuttihoito -opas. Porvoo: Bookwell Oy.
- National Institute for Health and Clinical Excellence 2009. Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management. Luettu 4.5.2013.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12327/45909/45909.pdf>
- O'Keeffe, N. & Ranjith G. 2007. Depression, demoralization or adjustment disorder? Understanding emotional distress in the severely medically ill. Luettu 4.5.2013.
<http://www.clinmed.rcpjournals.org/content/7/5/478.full.pdf+html>
- Saari, S. 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Saastamoinen, T. 2006. Neurokirurginen potilas päivystyksessä - haaste sairaanhoitajalle. Luettu 27.8.2013.
<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>
- Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Sivenius, P. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. Luettu 30.8.2013.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6
- Suomen Mielenterveysseura 2013. Traumaattisen kriisin vaiheet. Luettu 26.4.2013.
<http://www.e-mielenterveys.fi/kriisit/traumaattiset-kriisit/traumaattisen-kriisin-vaiheet/>
- Suomen Punainen Risti 2010. Elämän erilaiset kriisit. Psykkinen ensiapu. Luettu 27.8.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00124&p_teos=onn
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Latvia: Livo-
 nia Print.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013. F 1 Sairastuneen kriisi. Luettu 26.4.2013.
<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2818/5092/>
- Vilkka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko

1. SAV -potilaan äkillinen sairastuminen
 - Miten äkillinen sairastuminen vaikuttaa potilaaseen?
 - Miten näkyy hoidossa, että sairaus on tullut yllättäen?
2. Äkillisen sairastumisen aiheuttama kriisi
 - Miten kriisi ilmenee SAV -potilailla?
 - Miten äkillisen sairastumisen aiheuttamaa kriisiä käsitellään?
3. SAV -potilaan psyykkisten ongelmien havaitseminen
 - Kuinka usein psyykkisiä ongelmia tulee esiin osastolla?
 - Millaisia psyykkisiä ongelmia tulee osastolla esille?
 - Miten psyykkinen puoli otetaan hoidossa huomioon?
4. Psyykkisen tuen saaminen
 - Miten toimitaan, kun SAV -potilas tarvitsee tukea psyykkisiin ongelmiin?
 - Miten koet tuen saamisen onnistuvan?
 - Mitä ongelmia tuen saamisessa esiintyy?
5. SAV -potilaan hoidon jatkuvuus
 - Miten turvataan potilaan psyykkisen puolen jatkohoito osastohoidon päättyessä?

Liite 2. Saatekirje

Tutkimus – (Opinnäytetyö)

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemusten perusteella SAV -potilaiden psyykkisen tuen tarvetta neurokirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyö toteutetaan teemahaastattelulla ja siihen haastatellaan neljää asiantuntevaa ja osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Perekdyttyänne tähän tiedotteeseen Teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä opinnäytetyöstä, jonka jälkeen Teiltä pyydetään suostumus haastatteluun osallistumisesta.

Tutkimuksen kulku

Haastattelut suoritetaan toukokuun 2013 aikana osallistujille sopivina ajankohtina.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen sekä vapaaehtoisuus

Ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin suuntautuvan tutkimuksen eettisen perustan. Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Osallistujilta tulee saada vapaaehtoinen suostumus ja mukanaolon voi keskeyttää, missä vaiheessa tahansa. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Kaikkien osallistujien anonymiteetti on säilytettävä eli tutkimukseen osallistuvia henkilöitä ei voi tunnistaa valmiista työstä. Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on oikeus odottaa opinnäytetyön tekijältä vastuuntuntoa ja luottaa siihen, että hän noudattaa antamiaan lupauksia. Opinnäytetyön valmistuttua kaikki haastatteluissa saadut materiaalit hävitetään.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Valmis opinnäytetyö esitellään osastotunnilla syksyllä 2013.

Lisätiedot

Kysymyksiä opinnäytetyöstä voitte esittää sähköpostilla osoitteeseen mia.sahlman@health.tamk.fi.

Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot

Mia Sahlman
mia.sahlman@health.tamk.fi

Liite 3. Suostumuslomake

OPINNÄYTETYÖ - SAV -potilaan psyykkisen tuen tarve

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun opinnäytetyöhön ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä ja mahdollisuuden esittää kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella ____.____.2013

Tampereella ____.____.2013

Suostun osallistumaan tutkimukseen: Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

Liite 4. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Tutkimuksen tekijä, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi ja luonne	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tutkimustulokset
Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä - metasynteesi. Hoitotiede.	Tutkimuksen tarkoituksena oli synteesin muodostaminen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukemisesta ja ohjauksesta hoitotieteellisessä kirjallisuudessa.	Metasynteesi. Tutkimukseen valikoitui 12 artikkelia 292:sta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla.	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja omaisten auttamismenetelmiä hoitotyössä analysoitujen tutkimusten mukaan olivat kuntoutumista edistävän ympäristön järjestäminen, rohkaiseminen, ja rajoittaminen, tiedon antaminen, potilaan omien voimavarojen vahvistaminen, opastaminen ja opettaminen, kuntoutusta edistävän hoitosuhteen luominen ja potilaslähtöinen tavoitteellinen työskenteleminen.
Aalto, P., Kaunonen, M., Mattila, E., Ollikainen, J. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata aikuispotilaiden läheisten hoitohenkilökunnalta sairaalahoidon aikana saamaa emotionaalista ja tiedollista tukea.	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla (N=353). Organisaatiomuuttajat kerättiin sairaalan sähköisestä tietojärjestelmästä. Aineisto analysoitiin tilastollisesti.	Läheiset saivat paremmin emotionaalista kuin tiedollista tukea. Tuen saaminen oli yhteydessä päivystyspotilaiden määrään, potilaskuoritusasteeseen sekä sairaanhoitajien tekemiin työtunteihin.
Halme, N., Koivula, M. & Tarkka, M. 2007. Ohitusleikkauspotilaiden depressio-oireet ja hoitajilta saatu sosiaalinen tuki. Hoitotiede	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ohitusleikkauspotilaiden depressiota ja hoitajilta saatua sosiaalista tukea leikkauksen yhteydessä ja kuntoutumisen aikana sekä arvioida depressiivisten oireiden ja	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla (N=171). Aineisto analysoitiin tilastollisesti.	Viidesosalla potilaista esiintyi lieviä depressiivisiä oireita sekä leikkaukseen tullessa että kuntoutumisvaiheen aikana. Kotiuduttuaan viidesosalla potilaista depressiiviset oireet lisääntyivät. Tutkimuksessa havaittiin yhdysvaikutuksia depression

	sosiaalisen tuen yhteyttä toisiinsa.		ja saadun sosiaalisen tuen välillä.
Harju, E., Rantanen, A., Tarkka, M-T. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän läheistensä sairaalassa saama sosiaalinen tuki. Hoitotiede.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata millaista eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän läheistensä sairaalahoidon aikana saama sosiaalinen tuki on. Tutkimuksessa kuvattiin myös eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän läheistensä taustamuuttujien, potilaan sairautta koskevien tietojen ja sosiaalisen tuen välistä yhteyttä.	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla. Potilaan (N=76) ja läheiset (N=71). Aineisto analysoitiin tilastollisesti.	Läheisiin verrattuna potilaat kokivat sosiaalisen tuen paremmaksi kaikilla osa-alueilla. Sosiaalinen tuki arvioitiin melko hyväksi ja eniten potilaat sekä läheiset kokivat saavansa päätöksenteon tukea ja vähiten emotionaalista tukea. Läheisen sairaalassa käynnillä, hoitojakson pituudella, aikaisemmalla sairaalahoidolla sekä hoitomuodolla todettiin olevan yhteyttä sosiaaliseen tukeen ja sen osa-alueisiin.

Liite 5. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Taulukko 1. Äkillisen sairastumisen ja sen aiheuttaman kriisin vaikutukset potilaaseen

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Pääluokka	Kokoava käsite
<ul style="list-style-type: none">- Tarvitsee paljon tietoa- Tarvitsee paljon ohjausta- Epätietoisuus sairautteen liittyvistä asioista- Ymmärtämättömyys sairaudesta	Tiedollisen tuen tarve	Potilaan tuen tarve	Äkillisen sairastumisen vaikutukset potilaaseen
<ul style="list-style-type: none">- Tarvitsee paljon tukea- Tarvitsee aikaa	Emotionaalisen tuen tarve		
<ul style="list-style-type: none">- Hoitamatta jääneitä asioita- Tilanne kotona	Konkreettisen tuen tarve		
<ul style="list-style-type: none">- Kaikki kriisin vaiheet käydään läpi- Shokkivaihe- Järkytys tilanteesta- Asian kieltäminen	Kriisi	Psykykkiset reaktiot	
<ul style="list-style-type: none">- Tilanne pysäyttää- Laittaa miettimään omaa elämäntapaa ja elämäntilannetta- Pohdinnat selviytymisestä ja kuntoutumisesta- Käsiteltävä ettei ole kuolematon	Elämäntapojen ja elämäntilanteen pohtiminen		

Taulukko 2. SAV -potilaiden psyykkiset ongelmat akuuttivaiheen hoidossa

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> - Ei tiedosta sairauden vakavuutta - Sairauden tunnottomuutta - Yltiöpäistä touhuamista - Ei uskalla tehdä mitään - Alkuvaiheessa ei tiedosta sairautta 	Sairauden tiedostamattomuus	Potilaan psyykkiset oireet
<ul style="list-style-type: none"> - Eritasoisia psyykkisiä ongelmia - Liiallista toiveikkuutta toipumisesta - Omassa kuoressaan olominen - SAV:n olemassaolon kieltäminen - Aloitekyvyttömyyttä - Univaikeuksia 	Psyykkiseen tilaan liittyvät ongelmat	
<ul style="list-style-type: none"> - Mielialanvaihteluita on paljon - Mielialanmuutoksia, itkuisuutta ja väsymystä - Monet hyvin herkkiä 	Mielialan muutokset	

Taulukko 3. SAV -potilaiden psyykkinen tukeminen osastohoidon aikana

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Pääluokka	Kokoava käsite
<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan informointi ja asioiden kertaus - Annetaan riittävästi tietoa - Oireista ja SAV -sta kertominen - Asiallisen tiedon antaminen 	Tiedon antaminen	Tuen antamisen muodot	Psyykkinen tukeminen
<ul style="list-style-type: none"> - Kansion kokoaminen oireista ja sairaudesta - SAV -kansion kerääminen - Tietoa AVH - ensitietopäivästä - Tukihenkilön yhteystiedot 	SAV -kansion kerääminen		
<ul style="list-style-type: none"> - Järjestetään aikaa keskustelulle - Jutteleminen hoitotoimien yhteydessä - Omahoitajan huomio ja keskustelu - Keskustellaan sairaudesta ja toipumismahdollisuuksista 	Keskusteleminen potilaan kanssa		
<ul style="list-style-type: none"> - Oman itsensä käyttöön antaminen kuuntelemalla ja vastaamalla kysymyksiin 	Kuunteleminen		
<ul style="list-style-type: none"> - Läsnäolo muun työn ohessa - Läsnäolo ja rauhoittaminen 	Läsnäolo		
<ul style="list-style-type: none"> - Lääkehoidollista apua tarvittaessa - Lääkäri arvioi lääkityksen tarpeen 	Lääkehoidollinen apu		
<ul style="list-style-type: none"> - Ulkopuolisen avun hankkiminen - Tarvittaessa pyydetään psykiatrinen sairaanhoitaja - Papin apua saa halutessa 	Ulkopuolisen avun hankkiminen		
<ul style="list-style-type: none"> - Resurssit ovat rajalliset - Kriisin käsittely ei aina onnistu käytössä olevilla resursseilla 	Rajalliset resurssit	Tuen saamista rajoittavat tekijät	
<ul style="list-style-type: none"> - Ohjaukseen enemmän aikaa - Ei ole kauaa aikaa selittämiseen 	Ajan puute		

<ul style="list-style-type: none">- Tempo on nopea ja hoitoajat lyhyet- Lyhyiden hoitoaikojen takia jälkipuinti jatkohoitopaikassa- Kriisin käsittely siirtyy jatkohoitopaikkaan tai kotiin	Lyhyet hoitoajat		
---	------------------	--	--